

Viime vuosina aloitettu työpaikkojen hoitoonohjausmenettely on selvästi lisännyt runsaiden alkoholiongelmien jo ennestäänkin yhteiskunnan hoito-organisaatiolle asettamia haasteita. Monet hoitoon ohjatut ovat saaneet apua ongelmiinsa, mutta hoitoonohjauksen mukana a-klinikoille on tullut asiakkaita, joilla ei ole ollut haluakaan käsitellä ongelmiaan. Pelkkä klinikalla käyminen ei vielä merkitse mitään, ja esimerkiksi ryhmähoidossa voi varsin hyvin väistellä ongelmien käsittelyä (ks. esim. Kosonen 1981). Viimeksi mainittujen asiakkaiden lukumäärän lisääntyminen on luonnollisesti tuottanut klinikoille turhauttavaa lisätyötä, johon käytetty energia on ollut poissa pitempiaikaista hoitoa tarvitsevien, siihen halukkaiden ja siitä hyötymään kykenevien asiakkaiden hoidosta. Koska pitempää hoitoa tarvitsevia on paljon enemmän kuin hoitoon voidaan ottaa, on tällainen tilanne ollut omiaan aiheuttamaan kuluttavaa ahdistusta henkilökunnalle ja pettymyksiä asiakkaille. Tilannetta eivät mitenkään ole helpottaneet vallalla olevat vaatimukset nopeiden hoitotulosten saavuttamisesta. Nämä vaihtelevin väliajoin henkiin heräävät vaatimukset sisältävät parhaassa tapauksessa oikeutetun kehotuksen jättää pois turha hyssyttely. Usein niiden takana on kuitenkin puutteellinen tieto päihdeongelmien ja etenkin alkoholismien taustalla olevien persoonallisuuden häiriöiden vaikeudesta. Tätä ei pidä ihmetellä. On rasasta joutua toteamaan, että persoonallisuudeltaan vaikeasti vaurioituneita ihmisiä on paljon ja että niin monet lääkitsevät näitä vaurioitaan kroonisesti alkoholilla. Huomatavasti helpompaa olisi ajatella, että häiriöt väijäämättömistä tosiasioista huolimatta ovat lieviä, jolloin nopeita tuloksia on lupa odottaa.

Olen käynyt konsultoivana psykiatrina eräällä Etelä-Suomen a-klinikalla runsaan puolentoista vuoden ajan (1980—1981) noin kerran kuukaudessa. Istunto on kestänyt aluksi puolitoista tuntia, myöhemmin tunnin. Konsultaatio on yleensä tapahtunut koko henkilökunnan käsittävässä ryhmässä, jolloin paikalla on ollut 10—12 henkeä. Yhtä asiakastapausta on käsitelty kolmesti, kahta kaksi kertaa ja muita vain yhden kerran. Aluksi asiakasta hoitava työntekijä on selostanut asiakkaan elämäkertatiedot sekä hoidon siihenastisen kulun. Näistä on sen jälkeen keskusteltu ja pyritty löytämään suuntaa jatkohoidolle. Konsultaatioissa on joinakin kertoina käsitelty myös työtilannetta a-klinikalla ja erityisesti vaikeiden, pitkää hoitoa tarvitsevien asiakkaiden osuutta työn kokonaisuudessa.

Konsultaatiossa on käytetty psykodynaamista viitekehystä. Tämän käyttö konsultaatiossa ja työhönsä on viime vuosina laajalti yleistynyt erilaisten mielenterveystyötä tekevien hoitoyhteisöjen piirissä. Myös terveyskeskuslääkärit ovat pohtiessaan ruumiillisesti sairaiden ongelmapotilaiden hoitoa huomanneet, että psykodynamiikan tunteuksesta on selvästi hyötyä (Rekola 1979; Virta & al. 1980).

Jotta konsultaatiotoiminnasta tulisi selvempi kuva, esitän seuraavassa joitakin käytännön asiakastapauksia ja hoidon suuntaviivoja niiden yhteydessä.¹ Tapaukset eivät ole mitenkään systemaattisesti valittuja, vaan siitä aineistoa, jota hoitohenkilöstö on vapaaehtoisesti konsultaatioistuntoihin tuonut. Koska kaikki ovat tavalla tai toisella ongelmata-

¹ Henkilö- ja elämäkertatietoja on muutettu siten, että tunnistaminen on mahdotonta. Tämä on tehty luottamuksellisuuden säilyttämiseksi.

pauksia, on selvää, että ne edustavat klinikan vaikeinta asiakasaineistoa.

Tauno, s. 1942, autonapumies, naimaton. Käynyt a-klinikalla vuodesta 1976 lähtien harvakseltaan keskustelemassa, oli samanlaisesti epäsäännöllisesti klinikan ryhmässä. Ajoittain myös PAVI:n asiakkaana. Asiakkaan äidillä on krooninen nivelreuma, jonka avulla äiti on hallinnut perhettä vuosikymmeniä. Isä kuollut Taunon ollessa 4-vuotias. Asiakkaan nuorempi sisar asuu yhdessä äidin kanssa. Tauno asunut ajoittain yhdessä äitinsä ja sisarensa kanssa, ajoittain pyrkinyt huonolla menestyksellä muuttamaan erilleen. Perheessä vallitsee hyvin patologinen riippuvuussuhteiden verkko. Perheen kriisit johtaneet usein Taunon juomiskierteeseen, jolloin äiti ja sisar toimittaneet Taunon huoltolaan. Asiakas on täten saanut kantaakseen perheen syntipukin roolin. Asiakkaan vaikein psyykinen oire on krooninen kova ahdistus, johon jatkuvasti tarvinnut alkoholia tai lääkkeitä, usein molempia. Juominen ollut jatkuvaa, mutta pysynyt klinikan antaman tuen varassa kuitenkin jollain tavalla aisoissa lukuun ottamatta kriisivaiheita, joissa juominen on purkautunut rajuksi kierteeksi. Näissä tilanteissa on katkaisuhoido ollut usein ainoa mahdollisuus selviytyä hengissä. Asiakkaan työsuhteet olleet katkonaisia. — Konsultaation tapahtuessa asiakkaalla on jälleen paha juomiskierre, koska hän on yrittänyt irrottautua kodista, mitä äiti ja sisar ovat lujasti vastustaneet. Konsultaatiossa päätetään tukea Taunon irrottautumispyrkimystä luottaen siihen, että äiti huonosta fyysisestä kunnostaan huolimatta kykenee selviytymään ilman Taunon apua, jonka tarpeeseen äiti aina on vedonnut. Tämä valinta tehdään siitä syystä, että asiakkaan kiinni jääminen näin patologiseen perhetilanteeseen tuottaa hänelle jatkuvasti hengenvaarallisen kovaa ahdistusta. Valintaa tehtäessä otetaan huomioon siihen sisältyvä itsemurhariski, joka syntyy siitä, että asiakas kokee kovaa syyllisyyttä tuntiessaan hylkäävänsä omaisensa. Valinta on tyypillinen vaikeasti sairaan konsultaatiossa: joudutaan valitsemaan kahdesta vaaratilanteesta pienempi. Tauno on psykiatrisen diagnosoinnin mukaan ns. rajatilapersoonallisuus, jolle on ominaista, että persoonallisuuden suojakeinot eivät ky-

kene pitämään aisoissa vaihtelevia, massiivisia tunnetiloja. Hoidolla pyritään siihen, että asiakas voisi itsenäistyä ja samalla vahvistua kestämaan ahdistusta paremmin, jolloin pahat juomiskierteet vähenisivät ja tulisivat lievemmiksi. Tämä vaatii kuitenkin vuosien työtä.

Maija, s. 1948, ohjelmoija, naimisissa. Tulut klinikalle ensi kerran miehensä ruumiillisen sairauden aiheuttaman ahdistuksen ja siihen liittyneen juomiskauden vuoksi vuonna 1979. Maija on toinen neljästä sisaruksesta, ja hän on lapsuudenkodissaan aina tuntenut joutuneensa elämään toisten tahdon mukaan. Mennyt nuorena naimisiin ja muuttanut Pohjois-Suomeen lähinnä päästäkseen pois lapsuudenkodistaan. Mies kotoisin pientilalta hyvin niukoista oloista. Miehellä täysin selvittämättömät välit oman lapsuudenkotinsa kanssa. Mies sairastaa vaikeaa suolistosairautta mutta on kuitenkin kyennyt olemaan työssä autojen myyjänä. Perheessä on kaksi lasta. Maija on aloittanut yhä ongelmallisemmaksi muuttuneen juomisensa noin 25-vuotiaana. Hakenut siihen sekä puuskittain ilmevään vaikeaan masennukseen apua asuinpaikkakuntansa a-klinikalta. Masennus ollut kuitenkin ajoittain niin vaikeaa, että psykiatrinen sairaalahoito on ollut välttämätöntä. Perhe on muuttanut runsaat kaksi vuotta sitten Etelä-Suomeen miehen työpaikan siirron myötä. Konsultaatiossa käsitellään Maijan vaikeaa masennuskautta, jossa juominen on saamassa hengenvaarallisen luonteen. Tilanne on kärjistynyt miehen sairauden saatua käänteen huonompaan ja lääkäreiden harkitessa miehelle eläkettä. Asiakkaalle pyritään tässä vaiheessa saamaan paikka sosiaalisairaalasta, josta paluun jälkeen on tarkoitus jatkaa terapiaa a-klinikalla. Diagnostisesti tässä on kyse neuroositasoa paljon syvemmästä masennustaipumuksesta, johon liittyy runsaasti ahdistusta. Alkoholin käyttö on näiden vaivojen lääkitsemistä. Hoidon tarkoituksena on persoonallisuuden vaurion vähittäinen lievittäminen, mikä toisi apua myös juomiseen.

Heli, s. 1939, suunnittelija, naimaton. Aloittanut a-klinikalla krapulahoidossa vuonna 1975, sen jälkeen käynyt klinikan työntekijän luona keskustelemassa muutaman kerran vuodessa. Parin viime vuoden ajan käynyt ti-

heämmin, kerran viikossa. Asiakas on ajelehtiva, narsistisesta persoonallisuuden häiriöstä kärsivä, jolla ei ole lähempää kontaktia kenenkään. Useita miessuhteita, jotka kaikki jääneet lyhytaikaisiksi. Ollut myös PAVI:n kirjoissa. Pari viime vuotta ollut vailla työtä, myös asunto-olot ovat huonot. Heli on edelleen hyvin riippuvainen vanhemmistaan, erityisesti isästään, joka jatkuvasti pahasti loukkaa ja dominoi häntä. Äiti on hiljainen ja väritön hahmo, josta ei oikein saada kuvaa. Ei sisaruksia. Heli on juonut vuosia, mutta on pystynyt välillä pitämään kuukausien mittaisia raittiita jaksoja. Konsultaatiossa punnitaan hoidon vaihtoehtoja. Mikäli Heli haluaa itsenäisempään elämään, hänen on keskusteluterapiassaan uskaltauduttava käsittelemään riippuvuuttaan isästään sekä muodostamaan jonkinlaista kuvaa äidistään, jolla väritömyydestään huolimatta saattaa perhepatologiassa olla keskeinen osuus. Pelkällä kontaktiterapialla tilanne ei paljon muutu, mutta sen avulla voidaan estää tilanteen huononeminen. On mahdollista, että asiakas voisi terapiatunneillaan tuoda esille vaikeita tunteitaan, jotka väistämättä alkavat kohdistua myös terapeuttiin. Otetaan kuitenkin lukuun se mahdollisuus, että vaikeiden tunnevyöhtien selviäminen ei rajoitu terapiatunnin puitteisiin mahtuvaan tunnemyrskyyn. Tämä puolestaan voi johtaa pahaan juomiskiarteeseen ja jopa itsemurhakäyttäytymiseen. Tällainen riski ja ongelmanasettelu eivät suinkaan ole ominaisia vain Helin hoidolle, vaan ne koskettavat periaatteessa kaikkien neuroositasoa vaikeammin sairaiden psykoterapiaa. Helin kohdalla riski on kuitenkin pienempi kuin edellä Taunon tapauksessa, koska narsistiseen persoonallisuuden häiriöön sisältyy lujuuksia. Helin kohdalla terapia edellyttää varovaista tiedostamattoman tunneaineuksen käsittelyä sekä riittäviä tukea antavia elementtejä hoidossa.¹

¹ Narsistisesta persoonallisuuden häiriöstä kärsivän potilaan psykoanalyttista hoitoa pidetään nykyisin kohtalaisen tuloksellisenä. Tällöin tukea antavien aineiden osuus terapiassa voi olla niukka. Narsistisen alkoholistin kohdalla tilanne on kuitenkin ongelmallisempi, koska juominen sinänsä muodostaa ongelman ja edellyttää tukea antavien aineiden suurempaa osuutta hoidossa.

Liisa, s. 1946, valtiot. kand., naimaton. Käynyt klinikalla aluksi harvakseltaan lähes jatkuvan juomisen vuoksi, vuodesta 1979 lähtien kerran viikossa juomisen pahennuttua. Nuorempi kahdesta lapsesta, veli kuollut 16-vuotiaana. Isä kuollut sydänkohtaukseen äidin kanssa tapahtuneen välienselvittelyn yhteydessä Liisan ollessa 12-vuotias. Äiti on alkoholisti, joka miehensä kuolemasta lähtien on juonut säännöllisesti olutta kaiket päivät. Äidin ja tyttären välillä vaikea ja ajoittain vihamielinen riippuvuussuhde; vaikeimpina aikoina äiti syyttelee Liisaa epämääräisin perustein isän kuolemasta. Näissä tilanteissa Liisan juominen on muutaman kerran purkautunut täysin hallitsemattomaksi, mikä johtanut parin viime vuoden aikana kolmeen vakavaan haimatulehdukseen, joissa hengenmeno on ollut lähellä. Liisa on lahjakas ja kyennyt menestymään työelämässä kohtalaisesti juomisestaan huolimatta. Potilaalla on narsistinen persoonallisuuden häiriö. Hän kykenee muodostamaan pinnallisen hyvänsuopia suhteita ihmisiin, mutta lähemmät suhteet ovat lähes mahdottomia. Muutamia lyhytaikaisia seurustelusuhteita, jotka kaikki päättyneet vaiheessa, jossa läheisyyttä on alkanut syntyä. Haimatulehdusten takia ennuste näyttänyt jo varsin vakavalta. Tilannetta käsitellään konsultaatiossa vuoden välein kaksi kertaa. Ensi kerralla todetaan tilanteen vaikeus, ja nähdään ainut toivo siinä, että klinikan naistyöntekijän kanssa syntynyt hoitosuhde voisi antaa Liisalle edes hiukan uskoa elämään. Kiireisistä sairaalaan tai huoltolaan toimittamisista luovutaan. Tapaaminen työntekijän kanssa on kerran viikossa. Vuotta myöhemmin tapausta käsitellään uudelleen. Välillä sattuneista vakavista juomiskausista ja yhdestä haimatulehduksesta huolimatta tilanne on parempi. Hoitosuhde klinikan työntekijän kanssa on kiinteytynyt, osittain työntekijän erityisen antaumuksellisen panoksen vuoksi. Asiakkaan vaikeasta riippuvuudesta äitiin on päästy puhumaan. Tulevaisuus näyttää jonkin verran valoisammalta, joskin haimatulehduksen vaara on edelleen olemassa. Joka tapauksessa on kysymys pitkäaikaisesta hoidosta, joka vaatii sekä asiakkaalta että työntekijältä paljon.

Reino, s. 1929, postimies, naimisissa. Aloit-

tanut klinikalla jo vuonna 1969 oltuaan sitä ennen kahdesti huoltolassa. Asiakkaalla on taustalla maanis-depressiivinen psykoosi, jonka vuoksi ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa. Litium- ja neuroleptilääkitys on jatkuvasti tarpeen. Reino juo jatkuvasti, juomisella selvästi tarkoituksena hakea ihmiskontakteja ja päästä eroon psykoottisesta eristyneisyydestä. Harvakäyntisen kontaktiterapian varassa Reino on ajoittain kyennyt pitämään muutaman kuukauden mittaisia raittiuskauasia. Yrittänyt käydä myös mielenterveystoimistossa, mutta juomisen takia ei ole kelvannut mielenterveystoimiston asiakkaaksi. Tilannetta käsitellään konsultaatiossa katkaisuhoidon johtaneen vaikean juomiskierteen yhteydessä. Sovitaan kontaktiterapian jatkamisesta, johon vaimo yritetään saada mukaan niin usein kuin mahdollista. Psykodynaamista muutosta parempaan ei voida asettaa hoidon tavoitteeksi, sen sijaan elämän ja ihmissuhteiden ylläpitämiseen voidaan hoidolla pyrkiä ja päästä.

Rauno, s. 1950, myyjä, naimaton. Alkoholisiperheen ainoa lapsi. Menestynyt koulussa hyvin ja puberteetin jälkeen omaksunut yhä pitävämmän maailmanmiehen roolin, jolla pystyy muodostamaan pinnallisen myönteisen tunnesuhteen kenen kanssa tahansa. Tästä ominaisuudesta on käytettyjen autojen myyjänä ollut suurta apua. Ongelmana ollut noin 20-vuotiaana alkanut lisääntyvä tyhjyyden tunne, jota lievittääkseen käyttänyt alkoholia. Alkoholi ei ole tyhjyyteen kuitenkaan kovin hyvin auttanut. Asiakas on kokenut tyhjyyden tunteen sekä alkoholin käyttönsä siinä määrin ongelmalliseksi, että on hakeutunut a-klinikalle syksyllä 1979 keskusteluhoitoon ja ryhmään. Ongelmana ryhmässä ollut asiakkaan taipumus puhua koko ajan antamatta muille suunvuoroa. Tämä on ryhmän muissa jäsenissä herättänyt suurta ärtymystä ja koetellut ryhmän kestäkykyä. Raunon on hyvin vaikeata saada aitoa tunnekosketusta ongelmiinsa. Tämä on narsistisesta häiriöstä kärsivälle hyvin tyypillistä: tyhjyys on suojana taustalla olevia syvän riippuvuuden tarpeen, pettymyksen ja vihan tunteita vastaan. Konsultaatiossa ollaan todellisen ongelmatilanteen edessä, jossa pikaista apua ei ole odotettavissa millään keinolla. Päädytään jatkamaan entistä kes-

kustelu- ja ryhmähoitoa, koska ilman hoitoa asiakkaalla on ilmeinen itsemurhavaara. Tyhjyyden epätoivossaan jo tehnyt yhden itsemurhayrityksen. Vuosien hoito on välttämätön.

Matti, s. 1947, mekaanikko, naimaton. Aloittanut klinikalla satunnaisesti krapulanhoidossa, sen jälkeen käynyt harvakseltaan sairaanhoitajalla. Juomisen pahennuttua alkanut käydä tiiviimmin vuodesta 1977 lähtien sekä yksilöhoidossa että ryhmässä. Paniikinaiset pelot ja ahdistukset psyykkisistä oireista vaikeimpia. Koska Matti kykenee kuitenkin olemaan kuukausiakin raittiina ja osoittaa selvää kiinnostusta ongelmiensa selvittelyyn, yritetään tapaamisia yksilöhoidossa kahdesti viikossa ja lisätään terapiaan tulkitsevia aineksia. Tätä asiakas ei kuitenkaan kestä, pelot tulevat sietämättömiksi, palataan takaisin yhteen terapiaistuntoon viikossa, mikä osoittautuu hyväksi. Neuroottis pohjaista häiriötä hahmotellut alkuarvio osoittautuu täten liian optimistiseksi. Konsultaatiossa päädytään jatkohoitoon kerran viikossa. Tiedostamattomien tulkitsevien ainesten käyttö terapiassa on kuitenkin edelleen mahdollista ja suorastaan eduksi. Asiakkaalla on tällä tavoin orientoitunutta terapiaa kohtaan mielenkiintoa, ja hän kykenee siitä hyötymään.

Edellä esitetyt seitsemän asiakastapausta ovat vaikeita ja sellaisia, joissa elämäntilanne on ajoittain sekasortoinen. Konsultaatiotilanteessa tapahtunut keskustelu useamman henkilön voimin on kuitenkin joka kerralla voinut luoda jotain uutta valaistusta ja hahmoa asiakkaan ja hänen perheensä ongelmiin. Tässä suhteessa minulle on muotoutunut myönteinen käsitys konsultaatiotoiminnan mahdollisuuksista vaikeissa tapauksissa. Lisäksi näin on voinut tapahtua ilman, että samasta asiakkaasta on voitu keskustella useita kertoja pitkän ajan kuluessa, kuten työnohjauksessa tapahtuu. Näiden asiakkaiden kohdalla tarpeellisen, vuosia kestävä hoidon tavoitteena ovat elämän ylläpitäminen, vähittäinen vahvistuminen vaikeiden tunteiden kestämiseen ilman kovaa juomista sekä omassa elämässä tai perheen piirissä tapahtuvan avoimen hajoamisen välttäminen. Juomisen hallitsemiseen pyrkiminen on tärkeää, mutta se on sittenkin enemmän osatavoite kuin varsinainen hoidon pää-

määrä. Osalla asiakkaista on terapiaan voitu liittää tiedostamatonta sielunelämää tulkitsevia aineksia, jolloin persoonallisuuden rakenteen muuttuminen vahvemmaksi on mahdollista. Tällaisen muutoksen hintana ovat luonnollisesti kovat ahdistusperiodit ja niihin liittyvät juomiskaudet, joiden aikana terapeutin on yritettävä suojella potilasta ajautumasta sietämättömiin tilanteisiin tai peräti tuhoon. Osalle asiakkaista on "vain" tuen ja kontaktiterapian vastaanottaminen mahdollista. Enemmistöllä konsultaatiossa käsitellyistä asiakkaista ilman mitään tulkitsevaa terapiaakin on taipumuksena ajautua kaoottisiin ja paniikinomaisiin ahdistustiloihin, joiden yhteydessä on itsemurhan tai muun destruktiivisen käyttäytymisen vaara. Eräs asiakkaista harkitsi pitkään omaisensa surmaamista, kunnes terapiansa varassa saattoi antaa tälle anteeksi. Paniikinomaista ahdistusta esiintyy alkoholisteilla varsin usein, ja ahdistuksen käsittely onkin alkoholistien hoidon vaikeimpia tehtäviä. Hankalaksi tämän työn tekee se tunnettu tosiseikka, että alkoholista hoitavan työntekijän on opittava tulemaan toimeen omassa itsessään heräävien vaikeiden tunteiden kanssa. Näistä mainittavimpia ovat ahdistus sekä omien kykyjen ali- ja yliarvointi. Työntekijää auttavat tässä asiassa luonnollisesti oma psykoterapia, työnohjaus ja konsultaatio. On kuitenkin selvää, että kovin monen ahdistuneen alkoholistin hoitaminen samanaikaisesti on hyvin kuluttavaa.

Nykyisten hoitovirtausten vallitessa pitkää hoitoa vaativat ongelmalliset potilaat ovat erityisen hankalia, koska "ajan henki" edellyttää yhteiskunnan hoitopisteiltä nopeita tuloksia ja lyhyttä hoitoa. Odotukset ovat kyllä ymmärrettäviä, koska potilaita on paljon ja hoito-organisaatiot nielevät rahaa. Alkoholipotilaiden hoitoa koskeva keskustelu ei viime vuosina ole mennyt paljoa eteenpäin, edelleen heilutaan hoidon mahdollisuuksien ali- ja yliarvioinnin välillä (ks. Kiviranta 1977; Tuominen 1981).

On selvää, että kaikki alkoholiongelmaiset eivät ole syvästi sairaita ja että monien kohdalla lyhytaikainen keskusteluapu on riittävä hoito. On kuitenkin muistettava, että vaikeiden tapausten (joihin alkoholistit kuuluvat) lukumäärä ei ole vähentynyt. Alkoholismin

kohdalla hoidon tekee ongelmalliseksi se, että taustalla olevan vaikean persoonallisuuden häiriön yhdistyminen juomisen mukanaan tuomiin riskeihin ja ongelmiin synnyttää terapeutin haasteen, joka on samaa vaikeusastetta kuin psykoottisten potilaiden hoito. Väärinkäsitysten välttämiseksi korostettakoon, että alkoholismi sinänsä ei ole psykoosi eikä alkoholismin taustalla oleva persoonallisuuden vaurio usein ole psykoosi. Kuitenkin alkoholismiin liittyvien vaikeiden osatekijöiden yhteisvaikutus on omiaan tekemään hoidosta vaikeusasteeltaan psykoositerapiaan verrattavan tehtävän. Jos tällaiselta hoidolta odotetaan nopeita tuloksia, vallitsee todellisuuden ja odotusten välillä selvä ristiriita. Tällaisen ristiriidan vallitessa ovat hoitotyötä tekevät työntekijät erityisen ahtaalla. Osa odotuksista saattaa perustua siihen, että päihdeongelmien psykologinen luonne ja niiden hoidon vaikeus ovat edelleen monille tahoille tuntemattomia. Tähän vaikeuteen tutustuminen saattaa olla kaikille asianosaisille ahdistavaa, mutta se lienee kuitenkin ainoa mahdollisuus, jotta odotusten ja hoitomahdollisuuksien tasapaino voitaisiin saavuttaa. Monien lievien päihdeongelmaisten mukanaolo asiakaskunnassa on luonnollisesti keventävää. Kuitenkin on syytä muistaa, että vaikeasti sairaat tarvitsevat edelleenkin pitkää ja asiantuntevaa hoitoa, joka usein kestää monia vuosia ja ääritapauksissa saattaa olla koko elämän mittaista yhteydenpitoa klinikkaan.

Kirjallisuus

Andersson, Claes: Narsistiset häiriöt, kahdeksan merkintää. Psykoterapia, teoria ja käytäntö 2: 54—66. Weilin & Göös, Espoo 1981

Kernberg, Otto: Borderline conditions and pathological narcissism. Aronson, New York 1975

Kiviranta, Pekka: Alkoholismin luonteesta ja hoidon ongelmista. Psykoterapeuttinen aikakauskirja 3, Therapie-säätiön koulutusseminaarin julkaisuja, Pieksämäki 1977

Kosonen, Harri: Hoitoonohjattujen ryhmä. Tiimi 1981 (1): 21—22

Rekola, Juhani: Ongelmia hoitosuhteessa — työnohjaus avuksi? Suomen lääkirilehti 34:

17—22, 1979

Tuominen, Eero: Alkoholistien hoidon kriittinen arviointi. *Alkoholipolitiikka* 46 (3): 124—125, 1981

Virta, Pekka & Makkonen, Eeva & Rekola, Juhani: Terveyspalvelujen ongelmalliset suurkäyttäjät Helsingin terveyskeskuksessa. *Suomen lääkäri* 35: 2075—2079, 1980.

English summary

Pekka Kiviranta: Konsultoivan psykiatrin kokemuksia a-klinikalta (Experiences of a consultant psychiatrist working at an A-clinic)

With reference to seven case histories the author describes how the work at A-clinics is often comparable to psychotherapy, in the need for longitudinal treatment for instance. Patients, their relatives and work-mates, however, expect unrealistically rapid results.

Many come to A-clinics with the wrong approach, and their number has increased since the introduction of the referral system from work-

places. These clients consume disproportionately much of scarce treatment resources and cause frustration among treatment personnel.

The care of alcoholics is very stressing. It causes anxiety, and under- or overestimation of their own skills by the care personnel. Caring for many difficult clients at the same time is especially exhausting. Self psychotherapy, work advice and consultation can, however, help the personnel. Fortunately, a large proportion of the cases are milder and easier to handle, and these refresh the personnel and lessen stress.

Alkoholipolitiikka Vol. 46: 234—239, 1981